Inmate ID#

☐ Entered

BRIDGES to Care

Nashville Consortium of Safety Net Providers

Aplicación

Para participar en Bridges to Care se requiere la siguiente información. Por favor complete cada espacio y si no entiende alguno pida ayuda.

Nombre: Inicial Apellidos				
Apellido soltero de madre	Nombre del Padre o guardián (si el paciente es menor)			
Nombre de su calle Apartamento		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es distinta) 448 Second Avenue, North Nashville, Tennessee 37201				
Numero de teléfono ( ) —	Nombre y numero de teléfono en caso de emergencia ( ) —			

Fecha de nacimiento / / Mes / Día / Año	Edad	Sexo	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico		
¿Hispano? Sí No	¿Lenguaje primario?	¿Habla ingles? Sí No	¿Lee o escribe? Sí No	¿Ultimo grado completado?	
Años en Nashville	¿Tiene un hogar? Sí No	País de origen	Condado donde reside ahora		

Para determinar la elegibilidad de algunos servicios médicos y dentales se requiere la siguiente información.

Seguro Social - -	Numero en la familia	Ingreso familiar anual	Horas de trabajo	Cantidad a mano
Estado Civil (circula una si es aplicable) Casada /con niños bajo 6	Casado /sin niño	Soltero / con niños bajo 6	Soltero / sin niño	

Si tienes niños en tu casa de los cuales eres el Padre o el guardián, déjanos saber la información al otro lado de esta forma.

Esta aplicación no puede ser aceptada sin la forma que autoriza al BTC a tener información del Paciente. Favor de llenar dos formas. Entregue a admisiones o a la oficina que da de alta al paciente las dos formas junto con esta aplicación. Si usted tiene preguntas llame a la oficina de BTC al 760-2799. Gracias por participar en Bridges to Care.

Por favor provea esta información para cada niño en su familia o cabeza de familia.

Nombre:	Inicial:	Apellido			
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico		
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?
Seguro Social - -					

Nombre:	Inicial:	Apellido			
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico		
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?
Seguro Social - -					

Nombre:	Inicial:	Apellido			
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico		
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?
Seguro Social - -					

Nombre:	Inicial:	Apellido			
Fecha de nacimiento: / / Sí No	Edad:	Sexo:	Raza (circula uno) Negro Blanco Asiático Americano nativo Isleño pacifico		
¿Hispano? Sí No	Primer Lenguaje		¿Habla ingles? Sí No	¿Lee y Escribe? Sí No	¿Ultimo Grado Completado?
Seguro Social - -					